



Rubrik specificerande dokument	Omfattar område/verksamhet/enhet	
Överenskommelse kring palliativ vård mellan kommunerna och landstinget i Örebro län	Palliativ vård	Sidan 1 av 4
Upprättad av (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Beslutande organ	Gäller från datum
Särskild arbetsgrupp på uppdrag av Gränssnittsgruppen	Vilgotgruppen	2014-02-28
Ansvarig för revidering (arbetsgrupp alt. namn, befattning)	Version nr	Reviderad datum
Gränssnittsgruppen	Version 1	

Länsövergripande överenskommelse om palliativ vård mellan kommunerna och landstinget i Örebro län

Inledning

Palliativ vård är, enligt Socialstyrelsens definition, hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan samt en strävan att stödja individen att leva med värdighet och största möjliga välbefinnande till livets slut. I april 2012 utkom det första nationella vårdprogrammet för palliativ vård, 2012-2014.

Bakgrund

I Örebro län finns sedan länge ett nära samarbete mellan kommunerna i länet och landstinget gällande palliativ vård. Utformningen i respektive länsdel bygger på lokala förutsättningar. Det finns lokala överenskommelser med tillämpningsrutiner kring palliativ vård för norra och västra länsdelen och för Örebro:

- Överenskommelse runt palliativ vård mellan kommunerna och primärvården i västra länsdelen, Örebro län samt Karlskoga lasarett
- Överenskommelse gällande palliativ vård mellan Lindesbergs lasarett, kommunerna Hällefors, Lindesberg, Ljusnarsberg och Nora, samt primärvården i norra länsdelen.
- Överenskommelse om palliativ vård mellan Örebro kommun och Örebro läns landsting.

För södra länsdelen finns ingen skriftlig överenskommelse.

Överenskommelse om ansvar för hemsjukvårdsinsatser till barn och ungdomar upp till 18 år i Örebro län, bilaga 1, innefattar palliativ vård till barn och unga.

Dokumentet "Palliativ hemsjukvård i Örebro Läns Landsting, Underskog, 031212" har tidigare utgjort grund för samarbetet kring palliativ vård, men är i stora delar inte längre aktuellt. Föreliggande överenskommelse ersätter detta dokument.

Palliativa rådet i Örebro län bildades 2012 med övergripande syfte att verka för en jämlik palliativ vård till alla länsinvånare oavsett bostadsort. Rådet består av representanter för sjukhusen i länet, primärvården och länets kommuner.

Definitioner

Allmän palliativ vård

Palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

Specialiserad palliativ

Palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

Övriga definitioner inom palliativ vård

Enligt "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen, bilaga Termer och definitioner i den palliativa vården", bilaga 2.

Uppdrag

Vilgotgruppen gav i februari 2013 uppdrag till Gränssnittsgruppen att ta fram ett förslag till länsövergripande överenskommelse mellan Örebro läns landsting och länets kommuner om palliativ vård. I överenskommelsen ska formerna kring samverkan kring såväl allmän som specialiserad palliativ vård ingå, och en gemensam specificering av vad som ingår i specialiserad palliativ vård i vårt län tas fram. De tre sjukhusens roll i form av konsultativt stöd till primärvård och kommuner, behov av utbildningsinsatser och regelverk för informationsöverföring och fördelning av arbetsuppgifter mellan huvudmännen ska också framgå av överenskommelsen. Samverkan runt allmän och specialiserad palliativ vård ska tydliggöras i överenskommelsen liksom vad som ingår i specialiserad palliativ vård. Länsinvånarna ska kunna erbjudas en likvärdig palliativ vård oavsett var i länet man bor. Överenskommelsen ska bygga på "Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014".

En arbetsgrupp har bildats utifrån detta uppdrag bestående av Rebecka Ardeman Merten, MAS, Örebro kommun, Caroline Rehnberg, MAS, Askersunds kommun, Agnetha Waller, MAS, Karlskoga kommun, Ann Dalius Isenberg, överläkare, Geriatriska kliniken, USÖ, Ann-Christin Ledstam, koordinator och Björn Strandell, chefläkare, Primärvården, ÖLL, och Eva Frantz, enhetschef, Hälsovalsenheten, ÖLL, sammankallande.

Ansvarsfördelning kommun, primärvård och sjukhus

All palliativ vård sker i samråd med patient och närstående och utgår från patientens behov vad det gäller fysiska, psykosociala och existentiella aspekter.

Kommunens ansvar

Kommunen har ansvar för vård av patienter med hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda boendeformer, enligt SoL och LSS. Kommunerna bedriver allmän palliativ vård i team i samverkan med sjukhus och primärvården. I det kommunala teamet ingår sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal. Teamet samverkar med patienten och närstående i planering och utförande av vård och omsorgsinsatser.

En viktig uppgift för kommunen är att ge utbildning, råd och stöd till den egna personalen som vårdar patienter i palliativ vård.

Kommunen ska tillhandahålla korttidsplatser för palliativ vård till de patienter som har behov av det.

Primärvårdens ansvar

Primärvården har ansvar för allmän palliativ vård av patienter i ordinärt boende och på vård- och omsorgsboenden. Patientansvarig läkare gör efter individuella behov hembesök. Detta är önskvärt inom en vecka efter utskrivning från sjukhus eller när beslut om palliativ vård fattats. Vid besöket sker samtal om vårdens mål s.k. *brytpunktsamtal* med patient och eventuella närstående, vilket dokumenteras i patientens journal. Planering av den fortsatta vården sker och eventuella läkemedelsordinationer fastställas. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kommunen ansvarar för samordningen av besöket. Genom primärvårdens bakjour har patienter med allmän palliativ vård tillgång till läkare dygnet runt, som vid behov gör hembesök.

Primärvårdens sjukgymnaster svarar för insatser i både ordinärt och särskilt boende ofta i samverkan med arbetsterapeut i kommunen.

Sjukhusens ansvar

Patientansvarig läkare alternativt avdelningsansvarig läkare, ansvarar för patientens vård och behandling. Ansvarer innebär att genomföra informerande samtal om vårdens mål s.k. *brytpunktsamtal* med patient och eventuella närstående. Tid avsätts för planering och framförhållning avseende ordination av en god palliativ symtomlindring. Detta arbete kan ske i samarbete med specialistenhet inom palliativ vård på respektive sjukhus.

Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för att optimal omvårdnad ges och planeras för vid eventuell utskrivning från sjukhus.

Specialiserad palliativ hemsjukvård

Palliativa sektionen, landstingets avancerade hemsjukvård (LAH) ansvarar för specialiserad hemsjukvård inom USÖ:s primära upptagningsområde. Vården kan utföras i samarbete eller på konsultativ bas med kommunal hemsjukvård. Det ska också finnas möjligheter till punktinsatser vid behov av avancerad palliativ vård gällande enstaka insatser av speciell karaktär enligt "Överenskommelse om bedömning av insatser av speciell karaktär", bilaga 3. Inom LAH finns läkare, sjuksköterskor, kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast med speciell palliativ kompetens.

I norra länsdelen ansvarar Palliativa rådgivningsteamet, Smärtenheten på Lindesbergs sjukhus tillsammans med kommunens sköterskor och eventuellt primärvårdsläkare för den specialiserade palliativa vården i ordinärt och särskilt boende. Rådgivningsteamet består av läkare och sjuksköterskor.

I västra länsdelen ansvarar Palliativa konsultteamet på Karlskoga sjukhus eventuellt tillsammans med kommunens sjuksköterskor och eventuellt primärvårdsläkare för den specialiserade palliativa vården i ordinärt och särskilt boende. Palliativa konsultteamet består av läkare, sjuksköterskor och diakon, med funktion som kurator/samtalskontakt.

Palliativ slutenvård

Avd 84/Vitsippan på USÖ har 12 platser för palliativ slutenvård för patienter med avancerade/komplexa behov till hela länets invånare från 18 års ålder. Det finns även en vårdplats för akuta behov av direktinläggning för patienter som vårdas i hemmet via specialiserad eller allmän palliativ vård i länet.

Kirurgklinikerna på Lindesbergs- och Karlskoga sjukhus har palliativa vårdplatser för patienter boende inom respektive upptagningsområde.

Informationsöverföring och vårdplanering

När en patient ska skrivas ut från sjukhus och medicinskt ansvar för palliativ vård övergår till primärvården ska nödvändig information finnas tillgänglig.

- Sedvanliga informationsöverföringsrutiner används, i första hand Meddix vid slutenvård där det tydligt framgår beslut om ”palliativ vård”.
- Från USÖ skickas alla remisser för palliativ vård, bilaga 4, via Palliativa sektionen som efter bedömning vidarebefordrar remissen till berörda instanser.
Från sjukhusen i Karlskoga och Lindesberg skickas remiss för palliativ vård till primärvården och vid behov skickas även remiss till de palliativa konsultteamen vid sjukhusen. Av remissen ska framgå om och med vem brytpunktsamtal har genomförts.
- Slutanteckning från läkare samt sjuksköterska med information om eventuell vidare planering från moderklinik, återbesök osv. Dokumentationen nås via NPÖ.
- Aktuell läkemedelslista.
- Recept på ordinerade läkemedel samt hjälpmedelskort på förbrukningsartiklar.
- Eventuellt VIP-kort/Grönt kort utfärdas för möjlighet till direktinläggning på moderklinik.
- Ibland kan ett delat medicinskt ansvar vara att föredra framför allt om avancerad palliativ vård förekommer i ordinärt och särskilt boende. Detta ska framgå av dokumentationen.

Utbildningsansvar

Palliativa rådet har ett övergripande ansvar för att implementera nationella riktlinjer kring palliativ vård, samt att inventera utbildningsbehov och föreslå utbildningsinsatser inom länet.

Specialistheterna på respektive sjukhus ansvarar för utbildningsinsatser inom det egna sjukhuset samt i förekommande fall till sina samarbetspartners inom kommunerna.

Se för övrigt lokala riktlinjer i respektive länsdel.

Uppföljning

De fyra länsdelsgруппerna som finns inom samverkansstrukturen i länet ska fortlöpande följa upp att den länsövergripande överenskommelsen om palliativ vård tillämpas i länsdelarna. Rapportering sker till Palliativa rådet, vars övergripande syfte är att verka för en jämlik palliativ vård till alla länsinvånare, och till den länsövergripande samverkansgruppen (Vilgot).

Bilagor

1. Överenskommelse om ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och ungdomar upp till 18 år i Örebro län,
<http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivarer/OVK/>
2. Termer och definitioner i den palliativa vården, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen, 2013,
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-4> .
3. Överenskommelse om bedömning av insatser av speciell karaktär,
<http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivarer/OVK/>
4. Remiss för palliativ vård, Örebro läns landsting



Remiss_för_palliativ_
vård.doc